

Személyi sérülés történt-e?	nem <input type="checkbox"/>	igen <input type="checkbox"/>	Sérültek száma: _____ fő
A baleset során sérült személyek:			
Neve _____	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros		könnyű, súlyos, halálos
Lakcím <input type="text"/>	_____		
Neve _____	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros		könnyű, súlyos, halálos
Lakcím <input type="text"/>	_____		
A baleset során károsodott-e egyéb tárgy? nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Megnevezés: _____			
Tanúk:			
Neve _____	Utas: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>		
Lakcím <input type="text"/>	_____		
Neve _____	Utas: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>		
Lakcím <input type="text"/>	_____		
1. Ön szerint ki a felelős a balesetért (káreseményért)? én / saját gépjárművem vezetője <input type="checkbox"/> a másik fél <input type="checkbox"/> mindketten <input type="checkbox"/>			
2. Kérem, hogy saját gépjárművemben keletkezett kárt <input type="checkbox"/> casco biztosításom alapján <input type="checkbox"/> a másik fél kötelező gépjármű felelősségbiztosítása alapján fizesse meg részemre a Biztosító.			
3. Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam.			nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>
4. Kijelentem, hogy a hatályos jogszabályok értelmében ezen gépjárművel kapcsolatosan ÁFA visszatérítésre jogosult vagyok			nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>
5. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről a Biztosító részére fénymásolat készüljön.			nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>
6. A gépjárművemben keletkezett kár végleges megtérítéseként elfogadom a Biztosító által kalkulált összeget			nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>
7. A javítás elvégzése után benyújtandó számla alapján kérem a gépjárművemben keletkezett kár megtérítését			nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>
8. Nyilatkozat			
Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, hogy a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a jelen igénybejelentésem során közölt személyes, különleges, és egészségi állapottal összefüggő adataimat a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló, a biztosítási titok- és adatvédelmi törvény előírásait betartó más gazdálkodó szervezetnek átadja.			
Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a			
– Biztosító ügyfeleként tett bejelentés során közölt, illetve egyéb jogszerűen rendelkezésre álló személyes és különleges adataimat kizárólag a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje; azokat a hatályos adatvédelmi és biztosítási törvény engedélye alapján más gazdálkodó, vagy hivatalos szervezetnek, személynek átadja;			
– illetve a kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel a pcsolatos álláspontomat kifejezhetem és – kérelmemre – az ott a l alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapjak;			
– valamint a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi, vagy más hatósági iratokba betekintsen.			
Aláírással felmentem az orvosi titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik rendelkeznek vizsgálat, vagy kezelés kapcsán a rám vonatkozó ismeretekkel; továbbá felhatalmazom azokat az orvosi, társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat (például rendőrség, bíróság, ügyészség), amelyek az ügyrevonatkozó adatokkal rendelkeznek, hogy a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. részére átadják. Totálkárrendezés esetén hozzájárulok a roncs nyilvános – pl. internet, hirdetőújság felhasználásával történő – értékesítéséhez szükséges adatai továbbításához a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló gazdálkodó szervezet részére azzal, hogy a roncs értékesítéséhez szükséges mértékig azokat kezelje, továbbítsa.			
_____	_____	_____	_____
dátum	vezető	tulajdonos aláírása	
Hol tekinthető meg a jármű?			
Címe <input type="text"/>	Telefonszám: _____		
_____	Mobilszám: _____		